

# SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE BENEFÍCIO ELETRÔNICO OU AUXÍLIO EM DINHEIRO – ISENÇÃO DE EBT

	DATA
NOME DO CASO:	NÚMERO DO CASO

O condado considerará os fatos informados por mim para decidir como meu auxílio financeiro será calculado.

Não desejo receber auxílio em dinheiro por EBT, pois:

- Tenho um problema e saúde temporário que me impede de usar EBT. \*
- Tenho um problema de saúde permanente que me impede de usar EBT. \*

\*Você tem que obter uma verificação por escrito de seu médico, a menos que tenha uma doença aparente ou tenha sido documentada a sessenta (60) dias desta solicitação informando qual é a doença que o impede de usar EBT e a duração prevista de tal doença.

- Outros (*Explicar*): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Verificação fornecida?  Sim  Não  Não necessária

Isenção concedida?  Sim  Não, continuar EBT

Se sim, método alternativo usado:

- Depósito direto  Fiança

ASSINATURA DO CLIENTE	TELEFONE
DATA DE NOTIFICAÇÃO DO CLIENTE	INICIAIS DO FUNCIONÁRIO
NOME DO FUNCIONÁRIO	NÚMERO DO FUNCIONÁRIOS